



WELL CHILD EXAM - INFANCY: 2 MONTHS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

МЛАДЕНЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ: 2 МЕСЯЦА

ДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ (ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ)	ИМЯ РЕБЕНКА _____		KEM ДОСТАВЛЕН: _____	ДАТА РОЖДЕНИЯ: _____																												
	АЛЛЕРГИИ _____		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА _____																													
	ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ		СЕГОДНЯ У МЕНЯ ЕСТЬ ВОПРОС О: _____																													
	ДА НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок хорошо спит.		ДА НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок издает воркующие звуки.																													
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок хорошо ест и сосет.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок поднимает головку, лежа на животике.																													
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок видит и слышит.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> У меня не бывает частых периодов грусти.																													
	WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE																													
<input type="checkbox"/> Review of systems		<input type="checkbox"/> Review of family history																														
<p>Screening: N A</p> <p>Hearing <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Vision <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Development: Circle area of concern</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Adaptive/Cognitive</td> <td style="width: 50%;">Language/Communication</td> </tr> <tr> <td>Gross Motor</td> <td>Social/Emotional</td> </tr> <tr> <td>Fine Motor</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Behavior</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td>Mental Health</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____</td> </tr> </table> <p>Physical: N A</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">General appearance</td> <td style="width: 50%;">Chest</td> </tr> <tr> <td>Skin</td> <td>Lungs</td> </tr> <tr> <td>Head/Fontanelle</td> <td>Cardiovascular/Pulses</td> </tr> <tr> <td>Eyes/Red Reflex</td> <td>Abdomen</td> </tr> <tr> <td>Ears</td> <td>Genitalia</td> </tr> <tr> <td>Nose</td> <td>Spine</td> </tr> <tr> <td>Oropharynx</td> <td>Extremities/Hips</td> </tr> <tr> <td>Neck</td> <td>Neurologic</td> </tr> <tr> <td>Nodes</td> <td></td> </tr> </table> <p>Describe abnormal findings and comments:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>					Adaptive/Cognitive	Language/Communication	Gross Motor	Social/Emotional	Fine Motor		Behavior	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	Mental Health	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	General appearance	Chest	Skin	Lungs	Head/Fontanelle	Cardiovascular/Pulses	Eyes/Red Reflex	Abdomen	Ears	Genitalia	Nose	Spine	Oropharynx	Extremities/Hips	Neck	Neurologic	Nodes	
Adaptive/Cognitive	Language/Communication																															
Gross Motor	Social/Emotional																															
Fine Motor																																
Behavior	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____																															
Mental Health	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____																															
General appearance	Chest																															
Skin	Lungs																															
Head/Fontanelle	Cardiovascular/Pulses																															
Eyes/Red Reflex	Abdomen																															
Ears	Genitalia																															
Nose	Spine																															
Oropharynx	Extremities/Hips																															
Neck	Neurologic																															
Nodes																																
NEXT VISIT: 4 MONTHS OF AGE		IMMUNIZATIONS GIVEN																														
		REFERRALS																														
HEALTH PROVIDER SIGNATURE		HEALTH PROVIDER NAME																														
		HEALTH PROVIDER ADDRESS																														

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (2 months)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Hearing Screen

Screen infants with these risk factors:

- Family history of childhood hearing impairment.
- History of congenital prenatal infection with herpes, syphilis, rubella, cytomegalovirus or toxoplasmosis.
- Malformations involving the head or neck (e.g., dysmorphic and syndrome abnormalities, cleft palate, abnormal pinna).
- Birth weight below 1500 grams.
- Bacterial meningitis.
- Hyperbilirubinemia requiring exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia (Apgar scores of 0-3, absence of spontaneous respirations for 10 minutes or hypotonia at 2 hours of age).
- Parents concerned about infant's hearing.

Developmental Milestones

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or the Denver II, or the ELMS2 (a language screen).

Yes No

- Vocalizes.
- Smiles responsively.
- Follows to mid line.
- Responds to sounds.

Instructions for developmental milestones: At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any two items or on even one of the underlined items, refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР РЕБЕНКА – МЛАДЕНЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ: 2 МЕСЯЦА
WELL CHILD EXAM - INFANCY: 2 MONTHS
(Соответствует нормам EPSDT)

ДАТА

МЛАДЕНЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ: 2 МЕСЯЦА

ДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ (ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ)	ИМЯ РЕБЕНКА		КЕМ ДОСТАВЛЕН:		ДАТА РОЖДЕНИЯ			
	АЛЛЕРГИИ		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА					
	ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ				СЕГОДНЯ У МЕНЯ ЕСТЬ ВОПРОС О:			
	ДА НЕТ		ДА НЕТ					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Мой ребенок хорошо спит.			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Мой ребенок поднимает головку, лежа на животике.			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	У меня не бывает частых периодов грусти.			
	Мой ребенок хорошо ест и сосет.		Мой ребенок видит и слышит.					
	ВЕС, КГ/УНЦИИ (ПРОЦЕНТИЛЫ)		РОСТ, СМ/ДЮЙМЫ (ПРОЦЕНТИЛЬ)		ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ (ПРОЦЕНТИЛЬ)		Питание _____	
	<input type="checkbox"/> Проверка систем организма		<input type="checkbox"/> Проверка семейной истории болезней				Выделения _____	
Обследования:		Норм. Отклон.				Сон _____		
Слух		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Проверка карты прививок <input type="checkbox"/> Другое: _____		
Зрение		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Санитарное просвещение: (отметьте все обсужденные темы / выданные материалы)		
Развитие: Обведите области, вызывающие у вас опасение						<input type="checkbox"/> Планирование семьи <input type="checkbox"/> Безопасность <input type="checkbox"/> Сон на спине		
Адаптационно-познавательное Язык/общение						<input type="checkbox"/> Развитие <input type="checkbox"/> Безопасность детских кроваток <input type="checkbox"/> Синдром сотрясения ребенка		
Грубая моторика		Социальное/эмоциональное развитие				<input type="checkbox"/> Связь с ребенком <input type="checkbox"/> Кормление/колики <input type="checkbox"/> Жар		
Тонкая моторика						<input type="checkbox"/> Пассивное курение <input type="checkbox"/> Никаких бутылочек <input type="checkbox"/> Уход за детьми в кровати		
Поведение		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Подходящее детское автомобильное сиденье <input type="checkbox"/> Материнская депрессия		
Психическое здоровье		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Другое: _____		
Физическое состояние:		Норм. Отклон.		Норм. Отклон.		Оценка/план: _____ _____		
Общий внешний вид		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Кожа		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Голова/родничок		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Глаза/красный рефлекс		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Уши		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Нос		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Ротовая полость		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Шея		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Узлы		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Грудная клетка Легкие Сердечно-сосудистая система/пульс Живот Половые органы Позвоночник Конечности/тазобедренный сустав Неврологическое состояние								
Опишите обнаруженные аномалии и ваши замечания: _____ _____ _____								
СДЕЛАННЫЕ ПРИВИВКИ								
НАПРАВЛЕНИЯ								
СЛЕДУЮЩЕЕ ПОСЕЩЕНИЕ: В ВОЗРАСТЕ 4 МЕСЯЦЕВ				ИМЯ ВРАЧА ИЛИ НАЗВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ				
ПОДПИСЬ ВРАЧА				АДРЕС ВРАЧА ИЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ				

Здоровье вашего малыша в возрасте 2 месяцев

Важнейшие моменты

Как развивается ваш малыш в возрасте от 2 до 4 месяцев.

Поднимает головку и плечи, лежа на животике.

Улыбается, когда вы с ним разговариваете.

Издаст звуки подобные тем, что вы сами ему произносите (например, «ааах», «ээээ»).

Любит игрушки, которые издают звуки, например, погремушки и игрушки, которые пищат.

Может держать на весу свои собственные руки и ноги.

Пытается держать в руках маленькие игрушки.

Играя с ребенком, вы учите его новым вещам.

Помощь или подробная информация

Здоровье и развитие детей, прививки:

Информационно-справочная линия программы «Здоровые мамы – здоровые дети» (Healthy Mothers, Healthy Babies) – 1-800-322-2588 или 1-800-833-6388 (TTY).

Кормление грудью после того, как вы вернулись к работе: Информационно-справочная линия программы «Здоровые мамы – здоровые дети» (Healthy Mothers, Healthy Babies) –смотрите номера телефонов выше.

Помощь в том случае, если вы расстроены своим ребенком: Семейный справочный телефон – 1-800-932-4673.

Если у вас есть вопросы, касающиеся здоровья вашего ребенка: поговорите с врачом ребенка или медсестрой.

Воспитание детей и поддержка: Семейная справочная служба – 1-800-932-HOPE (4673), организация Family Resources Northwest – 1-888-746-9568, занятия в местных общественных колледжах.

Советы по сохранению здоровья

Профилактические осмотры помогают вашему ребенку оставаться здоровым. Страйтесь не пропускать эти посещения. Если вы не можете прийти назначеннное время, позвоните, чтобы перенести прием.

Храните карту прививок ребенка в надежном месте и берите ее с собой на все медосмотры. Если у вас есть вопросы о прививках, поговорите с врачом ребенка или медсестрой.

Грудное молоко или детские питательные смеси – это все, что нужно ребенку для роста в этом возрасте. Таким маленьким детям редко нужна вода. Не давайте ребенку сок в этом возрасте. Если он голоден или хочет пить, то ему нужно грудное молоко или детскую молочную смесь.

Вы можете продолжать кормить ребенка грудью, когда вернетесь к работе. Чтобы получить информацию о том, как совместить работу и кормление ребенка грудью, позвоните в программу «Здоровые мамы – здоровые дети».

Иногда ребенку будет необходимо есть чаще, чем раньше. Это значит, что он начинает расти быстрее.

Держите ребенка подальше от курящих людей. Табачный дым может быть причиной простуды или астмы у ребенка.

Продолжайте укладывать ребенка спать на спину, чтобы снизить вероятность синдрома внезапной детской смерти. Убедитесь в том, что другие люди, ухаживающие за ребенком, также кладут его на спину.

Советы по воспитанию детей

Находясь с ребенком, говорите с ним, пойте ему и смотрите в глаза. Это поможет ему понять, как вы его любите. Кроме того, это помогает развитию его мозга.

Советы, касающиеся безопасности

Как предупредить ожоги:

- Проверяйте, чтобы вода в ванной была слегка теплой перед тем, как купать ребенка.
- Не пейте горячий кофе, чай или другие напитки, когда держите ребенка.
- Не держите ребенка на солнце. Надевайте ему шляпу с полями и одежду, которая бы закрывала руки и ноги.